Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Über einen Fall von posteklamptischer Psychose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hans Schröder
Assistenzarzt der Reserve.

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Über einen Fall von posteklamptischer Psychose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen medizinischen Fakultät der Königlichen
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hans Schröder
Assistenzarzt der Reserve.

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

No. 40.
Rektoratsjahr 1917/18.
Referent: Prof. Dr. Siemerling.
Zum Druck genehmigt:
v. Spee
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in herzlicher Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0113

Von jeher haben die Psychosen im Zusammenhang mit den physiologischen Prozessen der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts eine hohe Bedeutung beansprucht.

Schon Hippocrates und Galen kannten manche Form der Puerperalpsychosen. Sie stellten die Hypothese auf, daß es sich um eine Lochial- bezw. Milchversetzung im Gehirn handle. Späterhin hat man alle möglichen somatischen Veränderungen (Entzündungen der Brüste, Geburtswege, der Hirnhäute) und psychische Affektionen wie Schreck, Angst oder Reue für das Zustandekommen dieser Psychosen verantwortlich gemacht, ohne daß wir jedoch jetzt über die eigentliche Ursache im klaren wären. — Man faßt sie heute ganz allgemein unter dem Begriff „Schwangerschaftstoxikosen" zusammen und glaubt, daß diese eine quantitative Steigerung physiologischer Veränderungen der Schwangerschaft sind, hervorgerufen durch ein in dieser erzeugtes Gift. Aber auch diese Theorie gibt uns kein befriedigendes Bild von der Ätiologie dieser Psychosen, die man auch als Generationspsychosen bezeichnet. Wir müssen, um uns Aufklärung über ihre Pathogenese zu verschaffen, gewisse, für das Zustandekommen der Erkrankungen wichtige prädisponierende Momente heranziehen.

Im Gegensatz zu anderen Psychosen treten hier die endogenen ätiologischen Momente, d. h. die neuropathische und psychopathische Disposition hinter den exogenen zurück. Auch die Heredität spielt keine große Rolle, die erbliche Belastung ist hier nicht größer als bei anderen Psychosen. Das günstigste Alter für die Entstehung der Generationspsychosen fällt in den Zeitraum vom 21. bis 25. und 26. bis 30. Lebensjahr.

Als exogene ätiologische Momente kommen in Betracht: Chlorose, Anämie, starke Blutverluste, körperliche Erschöpfung und puerperale Infektion, ferner auch fieberhafte oder anderweitige Erkrankungen, die mit dem Wochenbett nicht in ursächlichem Zusammenhang stehen, wie Herzfehler, Nephritis, Gelenkrheumatismus, Typhus, Masern und Lungenerkrankungen. Gering ist der Einfluß der Schwere der Geburt, Dörschlag fand unter 30 Fällen nur 2 Zangengeburten, und nur 5 sind als schwere bezeichnet.

Wie Siemerling feststellte, wirkte in 16 % der Fälle die mit der Geburt einhergehende körperliche Erschöpfung begünstigend, in nicht weniger als 24 % die puerperale Infektion. In dieser haben wir also ein sehr wichtiges Moment zu sehen. Sauvagè sagt von ihr: „Mania lactea est species maniae, quae circa decimum a partu diem cum delirio febrili mulierem aggreditur, dein sensum evanescente febri perseverat".

Ferner ist die als Eklampsie sich dokumentierende Intoxikation von hervorragender Wichtigkeit (16 %).

Je nach den verschiedenen Phasen der Generationstätigkeit unterscheidet man Graviditäts-, Puerperal- und Laktationspsychosen.

Die Psychosen der Schwangerschaft zeigen in der vorwiegenden Zahl der Fälle das Bild der Melancholie. Sie bricht meist in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft aus und ist oft schwer, mit starkem suicidalen Trieb. Diesen schweren Fällen gegenüber stehen leichtere, traurige Verstimmungen, Hemmung des Denkens und der Bewegung, das Gefühl der subjektiven Insuffizienz beherrschen das Bild. Der Verlauf ist in den meisten Fällen ein günstiger. 85 % kommen zur Heilung.

Die zweite hauptsächlichste Psychose der Gravidität ist die im Anschluß an chorea gravidarum. Zwischen den leichteren Formen, die sich in gesteigerter Reizbarkeit, Schwanken der Stimmung und Zornausbrüchen äußern, bis zu schweren, in welchen wir Delirium- und Amentiaartige Bilder haben, gibt es alle Übergänge. Die Prognose der Erkrankung ist zweifel-

haft, die Mortalitätsziffer beträgt nach der Zusammenstellung von Franke 23,6 %.

Die Puerperal- oder Wochenbettspsychosen sind die, welche innerhalb 6 Wochen nach der Geburt des Kindes sich entwickeln, die nach dieser Zeit auftretenden werden als Laktationspsychosen bezeichnet.

Während sich die ältere Psychiatrie vielfach mit den rein äußerlichen Bildern der puerperalen Manie bezw. Melancholie begnügt hatte, suchte man später genauere Darstellungen von Zustandsbildern zu bringen und vor allem auch ätiologische Gruppen zu liefern. Bekannt ist die Einteilung von Olshausen, der die Psychosen im Puerperium in infektiöse, idiopathische und intoxikatorische gliederte.

Fürstner wies 1875 zuerst darauf hin, daß die Fälle von Mania und Melancholia puerperalis nichts Spezifisches haben, und beantwortet die Frage: „Gibt es nun überhaupt eine den Wöchnerinnen eigentümliche Form des Irreseins?“ durch eine Reihe von Fällen, die seiner Ansicht nach ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild darbieten, und bezeichnet diese als das akute halluzinatorische Irresein. Wenn diese Erkrankung auch keine spezifische Erkrankung des Wochenbetts ist, so ist sie doch die am häufigsten vorkommende Form der Puerperalpsychose (55 %). Fürstner beschreibt den gewöhnlichen Verlauf dieser Erkrankung folgendermaßen: „Sie beginnt nach unbedeutenden vagen Prodromen mit einem akut einsetzenden (rapide in Stunden oder noch schneller den Höhepunkt erreichenden) vorübergehenden, remittierenden Stadium halluzinatorischen Irreseins, das eine progressiv sich steigernde Verworrenheit und heftige motorische Erregung produziert, geht dann über in die zweite Periode, die charakterisiert ist durch ein stupides, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, durch Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits den Kranken in gewissem Grade verworren lassen, ihn zu gewaltsamen Handlungen fortreißen, andererseits nicht so dominierend sind, daß sie die Perzeption für äußere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluß macht die Rekonvaleszenzperiode, in

der entsprechend einem schnelleren oder langsameren Zessieren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Luzidität, normal psychisches Verhalten zurückkehrt".

Fürstner unterscheidet also drei Stadien; Tobsucht, Stupor und Rekonvaleszenz. Hinsichtlich des Verlaufs kann man eine leichte und eine schwere Form unterscheiden, die leichte heilt in 4—5 Wochen, die schwere braucht dazu 4—5 Monate.

Außer dem akuten halluzinatorischen Irresein gibt es aber noch andere Geistesstörungen im Wochenbett, und Fürstner, Siemerling, Weygandt, Meyer und Aschaffenburg stehen jetzt auf dem Standpunkt, daß es eine spezifische Puerperalpsychose nicht gibt, sondern daß die Krankheitsbilder der im Puerperium geistig erkrankten Frauen auch ohne Zusammenhang mit dem Generationsgeschäft vorkommen.

Die außer dem akuten halluzinatorischen Irresein im Wochenbett auftretenden Psychosen sind neben anderen besonders die Melancholie und die Manie, jedoch weit seltener als erstere Erkrankung. Nach Westerburg findet sich unter den puerperalen Geistesstörungen in 12% der Fälle Melancholie, in 5% Manie. Hoppe gibt folgende Zusammenstellung über die im Wochenbett vorkommenden Psychosen und ihre Häufigkeit, wobei sich seine Beobachtung auf 100 Fälle erstreckt:

Akute halluzinatorische Verwirrtheit	63 =	63%
Melancholie	11 =	11%
Manie	2 =	2%
Hysterische Geistesstörungen . . .	7 =	7%
[a) hyst. Melancholie 6]		
[b) hyst. Verwirrtheit 1]		
Periodische Geistesstörung	8 =	8%
Zirkuläre Geistesstörung	3 =	3%
Halluzinatorische Paranoia	5 =	5%
Epileptische Geistesstörung . . .	1 =	1%
	100 =	100%

Wir sehen also, daß alle möglichen Formen von Geistesstörungen im Wochenbett auftreten können, daß jedoch ge-

wisse Formen seltener sind, während die akute halluzinatorische Verwirrtheit alle anderen Formen an Häufigkeit übertrifft.

Fieberdelirien und Krankheitsbilder vom Charakter des Delirium acutum kommen bei der großen Häufigkeit der zugrunde liegenden puerperalen Infektion naturgemäß auch vor.

Von besonderer Wichtigkeit sind endlich noch die psychischen Störungen im Anschluß an Eklampsien, nach Westerburg 5,4%.

Auch bei diesen steht im Vordergrund der psychischen Symptome das Bild der halluzinatorischen Verwirrtheit.

Im folgenden sollen nun die psychischen Störungen nach Eklampsie einer eingehenderen Betrachtung unterzogen werden.

Ehe wir aber dazu übergehen, wollen wir uns zunächst mit der Eklampsie selbst kurz beschäftigen.

Westerburg beschreibt das Krankheitbsild folgendermaßen:

„Unter Eklampsie versteht man die mit vollständigem Bewußtseinsverlust auftretenden, von Koma gefolgten allgemeinen Konvulsionen der Wöchnerinnen, Schwangeren und Gebärenden, die mit bestimmten Veränderungen der inneren Organe und des Stoffwechsels einhergehen. Die Erkrankung tritt am häufigsten während der Geburt auf, kann aber ausnahmsweise auch einige Stunden oder Tage nach der Entbindung auftreten. Nicht selten entwickeln sich auch die eklamptischen Konvulsionen schon vor Beginn der Wehen im Laufe der letzten Wochen der Schwangerschaft. Dabei kann die Geburt in Gang kommen und die Frucht vorzeitig ausgestoßen werden, der Anfall kann aber auch vorübergehen und braucht sich bei der später folgenden Geburt nicht zu wiederholen.

Eklampsie bei einer Geburt bedingt nicht notwendig den Eintritt derselben Erkrankung bei der folgenden Geburt, doch ist Eklampsie bei zwei aufeinanderfolgenden Entbindungen in ca. 3% der Fälle beobachtet worden. Erstgebärende werden viel häufiger betroffen als Mehrgebärende. Zwillingsschwangerschaft und Blasenmole disponieren zur Erkrankung, Hydramnion aber nicht. Kräftige und vollblütige Frauen scheinen leichter zu erkranken als magere, schlecht genährte.

Alter und Lebensweise machen keinen Unterschied. Auffallend ist das gruppenweise Auftreten der Eklampsiefälle, das besonders bei feuchter Witterung im Frühjahr und Herbst, auch bei Gewitter und raschem Wechsel der Temperatur und des Luftdrucks beobachtet worden ist. Dem eklamptischen Anfall gehen meistens deutliche Vorboten voraus: Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Amblyopie, selbst Amaurose, Schmerz im Epigastrium, Erbrechen, Muskelzittern, Verstimmung oder Aufregung, Lachen und Weinen, Schwatzhaftigkeit. Diese Symptome dauert nur kurze Zeit, oft nur wenige Augenblicke, mitunter jedoch auch tagelang.

Gewöhnlich bricht der eklamptische Anfall sofort aus: Mit lautem Aufschrei oder ohne jede Äußerung zeigen die Kranken plötzliche konvulsivische Bewegungen der Extremitäten, oft anfangs nur in einem Arm, nach wenigen Augenblicken auch im anderen, dann am Kopf und an den unteren Extremitäten.

In rascher Folge wird die Muskulatur von tonischen und klonischen Konvulsionen heimgesucht, kein Muskelgebiet bleibt verschont. Während die Augen hin- und herrollen, die Respiration anfangs keuchend ist, dann ganz aussetzt, Schaum vor den Mund tritt, mit den Zähnen geknirscht und auf die Zunge gebissen wird, ist das Gesicht blaurot gedunsen, die Pupille im Anfall weit, das Bewußtsein ist völlig geschwunden, die Respiration wird schnarchend nach der Höhe des Anfalls, und die Temperatur kann mit jedem neuen Anfall ganz merklich steigen, mitunter bis über 40,5. Mit dem Aufhören der Krämpfe wird der vorher kleine und frequente Puls voller und langsamer, hart und gespannt. Die Respiration wird gleichmäßiger, laut und schnarchend, die Temperatur sinkt etwas, blutiger Schaum dringt bei der Atmung aus dem Munde, die Kranken liegen im Sopor da, aus dem sie nach kurzer oder längerer Zeit erwachen.

Die Genesung erfolgt mit Abnahme der Dauer und Intensität der Paroxismen und durch Verfallen in ruhigen, tiefen Schlaf. Der Tod kann während eines Anfalls selbst

oder im komatösen Stadium an Lungenödem, Apoplexie des Gehirns oder später an sonstigen puerperalen Infektionen erfolgen. Die Zahl der Anfälle schwankt sehr, man hat bis zu 50 undmehr gezählt, es kann sich aber schon nach 1—2 Anfällen das schwere zum Tode führende Koma einstellen. Wie die Zahl der Anfälle, so ist auch die Dauer der Erkrankung eine sehr verschiedene, bald tritt der letale Ausgang schon nach wenigen Stunden ein, bald zieht sich der komatöse Zustand auch nach der Entbindung noch manche Stunden und sogar Tage hin, bis zuletzt doch das Schlechterwerden von Puls und Respiration das nahende Ende verkündet".

Soweit die Schilderung Westerburgs.

Nachdem wir uns das Krankheitsbild und den Verlauf der Eklampsie vor Augen geführt haben, wenden wir uns nunmehr zu der Betrachtung der psychischen Störungen, die im Anschluß an die Eklampsie auftreten können.

Was zunächst ihre Häufigkeit betrifft, so beträgt diese nach Löhlein 1:19 = 5,15 %, nach Olshausen 6 %. Dieser beobachtete in der UniversitätsFrauenklinik zu Berlin im Laufe von 5 Jahren unter 200 Fällen von Eklampsie 12 mit Psychosen kombinierte. Nach seiner Ansicht zeichnen sich diese aus durch zeitiges Auftreten (zweiter bis dritter Tag, selten später), intensive Halluzinationen, schnellen, häufig günstigen Verlauf.

Kutzinski hat bei 13 Fällen eklamptischer Psychosen als besonders hervortretendes Symptom eine Störung des Vorstellungablaufs gefunden, die sich bald in einer Herabsetzung der Intensität der Aufmerksamkeit, bald in einer Unfähigkeit, Teileindrücke zu einer Einheit zusammenzufassen, äußert. In vielen Fällen Amnesie, zum Teil retrograde. Halluzinationen waren nach seiner Beobachtung spärlich, fast in allen Fällen trat der Angstaffekt hervor.

Im Gegensatz hierzu sah Siemerling in der Mehrzahl der Fälle Zustände von Delirium oder halluzinatorischer Verwirrtheit. Er fand unter 45 seiner Fälle 32 derartige Krankheitsbilder und beobachtete dabei Halluzinationen des Gesichts, Gehörs, Geruchs und des Tastgefühls, Verwirrtheits- und

Erregungszustände, veränderliche Affekte bei meist vorherrschenden angstvoller Depression, Selbstmordversuche, Angriffe auf das Kind und Amnesie. Die Anfälle waren meist nicht von langer Dauer, sondern erstreckten sich auf 1—14 Tage Die länger dauernden Psychosen heilen meist in einigen Wochen bis zu 2 Monaten, selten gehen sie in ein unheilbares Stadium der Verwirrtheit mit geistiger Schwäche über.

Leidesdorf beschreibt die Geistesstörung nach eklamptischen Anfällen folgendermaßen:

„Die Kranken werden, nachdem die Anfälle aufgehört haben, sehr aufgeregt, sprechen viel und unzusammenhängend und verfallen später in einen leichten stuporösen Zustand, der ebenfalls von kurzer Dauer zu sein pflegt. In 8—10 Tagen ist in der Regel die Geistesstörung vorüber".

Über die Ätiologie der posteklamptischen Psychosen bestehen verschiedene Hypothesen. Olshausen macht die urämische Veränderung des Blutes für ihren Ausbruch verantwortlich. Sander will den Grund dafür in dem Zusammenwirken zweier Momente sehen, erstens in einem vorübergehenden Erschöpfungszustande des Gehirns im Anschluß an die Anfälle und zweitens der schweren Allgemeinintoxikation, die der Eklampsie zugrunde liegt. Während die Sandersche Theorie viel für sich hat, ist die von Olshausen jetzt wohl ziemlich verlassen.

Im Anschluß an diese Auseinandersetzungen möchte ich über einen Fall von eklamptischer Psychose berichten, den Herr Geheimrat Siemerling mir gütigst zur Verfügung gestellt hat.

Frau Sch. aus Kiel kommt am 29. 8. 1914 zur Aufnahme. Da sie sehr unruhig und erregt ist, ist von ihr anamnestisch nichts zu erfahren. Die von einer Bekannten und dem Schwager abgegebene

Anamnese

besagt, daß sie hereditär belastet ist. Der Vater ist starker Potator, eine Schwester ist mit 18 Jahren an Schwindsucht gestorben.

Patientin selbst sei immer sehr nervös gewesen. Besonders nach der Geburt des ersten Jungen vor 9 Jahren immer leicht aufgeregt, von Krämpfen ist nichts bekannt. Angstanfälle waren auch im Beginn der letzten Schwangerschaft, keine Größen- oder Verfolgungsideen. Ihr Mann ist Obermaschinist auf „Blücher". Der Krieg habe sie sehr aufgeregt, sie habe häufig angstvoll nach ihrem Mann gefragt. Hat in letzter Zeit oft die Furcht geäußert, sterben zu müssen. Die Hebamme, welche die Anamnese ergänzt, kennt Patientin seit 4 Jahren, sie sei eine ganz ruhige, einfache und nette Frau. Keine eigentümlichen Ideen, war ganz normal. Die Entbindung vor 5 Tagen, am 24. 8. 1914, war nicht besonders schwer, von etw 24 stündiger Dauer. Hatte vor oder während derselben keine Krämpfe, aber stark geschwollenes Gesicht und Füße. In der Nacht vom 24. zum 25. 8. traten 5 Krampfanfälle auf, die sich wiederholten und am 26. 8. die Überführung in die Frauenklinik notwendig machten.

Im folgenden ein Auszug aus der Krankengeschichte der Universitäts-Frauenklinik:

Patientin wurde am 24. 8. von einem angeblich nicht ganz ausgetragenen Kinde entbunden. Wurde am 26. 8. 1914 bewußtlos eingeliefert. Puls 120, Blutdruck stark erhöht.

26. 8. Vier bis fünf eklamptische Anfälle. Aderlaß 500 ccm, per rectum 2,0 Chloralhydrat, intramuskulär 0,015 Euphilin.

27. 8. 2,0 Chloralhydrat per rectum, 0,015 Euphilin intramuskulär, 500 ccm Ringersche Lösung, keine Anfälle.

28. 8. Patientin wird sehr unruhig, von abends ab Wahnideen, Anfälle sind nicht mehr aufgetreten.

29. 8. Da der Erregungszustand sich weiter steigert, Verlegung in die Nervenklinik.

Kommt hier mittags 2 Uhr zur Aufnahme.

Status psychosus.

Ist unruhig, wird auf dem Krankensaal erregt, schreit, wird nach Isolierraum verlegt. Spricht dauernd davon, daß sie sterben müsse, steigert sich bei der Visite in stärkere

Erregung, schreit nach ihrem Kinde in etwas theatralischer Weise, glaubt, es zu sehen, behauptet, es werde umgebracht.

Im Untersuchungszimmer schreit sie ebenfalls auf, nennt den Arzt den größten Schuft, den es gäbe, der sie umbringen wolle. Greift plötzlich nach der Krankengeschichte, die sie festhält, zerknüllt, zu zerreißen sucht und nicht wieder herausgibt. Namen will sie nicht nennen.

„Das brauchen Sie nicht zu wissen.“ Sei ins Krankenhaus gekommen, damit sie um die Ecke gebracht werde.

„Sie sorgen dafür, Sie haben meinen Jungen umgebracht.“

Dauernd spricht sie von dem Verbrechen, das an ihr vorgenommen werde.

„Lassen Sie das doch mit dem Testament!“ (Meint das Schreiben der Krankengeschichte.)

„Ich unterschreib auf keinen Fall.“ „Meinen Jungen erst blind zu machen! Sie sind ja mehr als Teufel.“

„Der andere Arzt beobachtet mich immer, ob es noch nicht vorbei ist mit mir.“

Auf alle Fragen antwortet sie überaus unliebenswürdig und gereizt. „Das brauchen Sie ja nicht zu wissen!“ ist ihre ständige Floskel. Sie weiß nicht, wo sie sich befindet, ihr Baby habe man nun auch umgebracht. „O nein, dies Verbrechen.“

„Ein großer Schuft sind Sie und der andere auch. Das sind Dirnen, Mädels und die von der Straße heraufgeholten Frauen, und der andere ist ein Kuppler.“

„O, jetzt wird mein Baby um die Ecke gebracht. Deswegen soll unser Geld verteilt werden unter Mörder, habe hier schon was eingegeben bekommen, um verrückt zu werden.“

Ihr Junge habe eben „Emma“ geschrien. (Es ist in der Umgebung ganz ruhig.)

„Schwester, das geben Sie zu, mein Kind haben sie totgeschlagen.“

„Mein ganzer Traum ist in Erfüllung gegangen, alles ist tot.“

Verwertet ängstlich jedes Geräusch, das sie hört, im Sinne des Mordkomplexes.

Im Geist sähe sie das ganze Begräbnis. (Sieht traurig und gespannt in den Garten.)

Datum will sie nicht nennen. „Brauchen Sie nicht zu wissen.“ Als eine Tür zugemacht wird, sagt sie: „Jetzt schießen sie.“ „Warum haben Sie mich hierher gelockt?“

Negiert Visionen.

Status somaticus:

Da Patientin eine eingehende körperliche Untersuchung nicht zuläßt, ist diese nicht sehr ergiebig:

Gewicht 58,2 kg.

Größe 164 cm.

Temperatur 37,2.

Puls 180.

Augenuntersuchung nicht zugelassen, zeigt Zunge nicht.

Gesicht ist gedunsen, sonst keine Ödeme.

Patellar- und Achillessehnenreflexe normal, kein Babinski. Herztöne rein, Grenzen normal, Lungen ohne Befund.

Abdomen von Leibbinde bedeckt, Blase gefüllt.

Im Urin 3 $^0/_{00}$ Albumen, granulierte Zylinder +.

Bei der Untersuchung bespuckt sie den Arzt.

Verlauf:

30. 8. Bleibt überaus gereizt und zornig abweisend, beschimpft die Ärzte in derselben Weise wie gestern, ohne dabei deutliche Aufmerksamkeitsstörungen zu zeigen; es kehren dieselben Ideen wieder wie am ersten Tage. Sie glaubt, ihr Kind schreien zu hören, und verlangt selbst zu sterben. Eigentümliche Sinnestäuschungen äußert sie am Nachmittage: „Die Decke fällt herunter.“ Glaubt, auf der Hochbrücke zu sein.

Urinbefund unverändert. 3 $^0/_{00}$ Albumen, granulierte Zylinder. Temperatur morgens 37,8, abends 37,5.

Springt dauernd aus dem Bett. Nahrungsaufnahme gut, bekommt nur ganz blande fleischlose Diät.

31. 8. Zustand unverändert. Überaus abweisend, zornig, zum Schelten neigend. Braucht starke Ausdrücke beim

Schimpfen, verweigert nähere Auskunft. Temperatur morgens 37,0, abends 37,2. Hat mit Unterbrechung geschlafen.

1. 9. Wird ruhiger, ist aber noch sehr abweisend. Das Gesicht erscheint nicht mehr so gedunsen wie am ersten Tage. Temperatur morgens 37,0, abends 37,5. Gut geschlafen.

2. 9. Hat sich wesentlich beruhigt, so daß eine Verlegung nach dem Wachsaal stattfinden kann. Ist auch freundlicher geworden: gibt aber noch keine rechte Auskunft, da sie noch zweifelt, ob nicht doch ihre Kinder tot seien. Mit einem gewissen Eigensinn will sie erst dann Auskunft geben, wenn sie Besuch gehabt hat. Temperatur morgens 37,2, abends 37,5.

3. 9. Hat heute Besuch gehabt. Ist völlig klar und freundlich geworden. Scheint sich zu genieren, daß sie an dem Tage vorher so abweisend zu den Ärzten war.

(Guten Tag!) „Guten Tag, Herr Doktor."

(Nun sind Sie heute ganz klar?) „Ja, ich glaube."

(Seit wann?) „Weiß nicht."

(Wissen Sie, daß Sie sehr verwirrt waren?) „Ja."

(Wissen Sie, daß Sie in der Frauenklinik waren?) „Ja ich war, glaube ich, in einem Zimmer allein. Wie ich dahin gekommen bin, weiß ich aber nicht."

(Was wissen Sie noch davon?) „Die Decke sollte herunterkommen, und es war so, als ob Rauch und Feuer im Zimmer war."

Sie besinnt sich auf Befragen auch auf Einzelheiten ihrer Überführung und auf die ersten Stunden des Aufenthaltes hier.

Erklärt spontan:

„Ich habe wohl die Herren sehr beleidigt, besonders Sie?"

(Was haben Sie denn gesehen? Sie hatten doch auch andere Erscheinungen?) „Ja, Schwarze, Mohren, auch Männer ohne Köpfe und Köpfe allein, das zog alles an der Wand vorüber."

(Haben Sie auch etwas gehört?) „Ja, Schießen, Schreien, Torpedoboote haben geschossen. Auch meinen Jungen hörte

ich schreien: Mutti, ich kann dich ja nicht sehen, mich haben sie blind gemacht."

(Haben Sie auch irgend etwas Angenehmes gesehen?) „Ja, auch Hübsches, vom ‚Blücher' ein Bild."

(Wissen Sie denn noch, was Sie den Ärzten vorgeworfen haben?) „Ja" (betreten).

(Na, haben Sie denn das wirklich alles geglaubt oder haben Sie es nur so gesagt, um zu trotzen?) „Manches habe ich geglaubt." Bricht verlegen ab.

(Halten Sie denn heute was davon für möglich? „Nein!" (verlegen).

Erklärt auf Befragen, daß sie sich vor der Entbindung über manches aufgeregt habe. Temperatur morgens 37,2, abends 37,6.

4. 9. Befinden unverändert gut. Temperatur morgens 37,3, abends 37,5.

5. 9. Bleibt klar und besserer Stimmung. Erholt sich körperlich. Gesicht ist abgeschwollen. Eiweißgehalt im Urin geht merklich zurück.

Verwirrtheitszustände treten nicht mehr auf. Temperatur 37,3, 37,2

6. 9. Temperatur 37,3, 37,6.

7. 9. Temperatur 37,2, 37,4.

8. 9. Bleibt klar, geordnet, klagt mitunter über etwas innere Angst, die aber schnell wieder vorübergeht. Wird auch mitunter durch unruhige Träume, Alpdrücken belästigt, doch sind Wachhalluzinationen nie mehr nachweisbar.

Die Stimmung ist gewöhnlich gut.

Temperatur 37,2, 38,0.

9. 9. Temperatur 37,0, 37,4.

10. 9. Urin ist jetzt eiweißfrei, Diät freier, dauernd gutes Befinden.

Temperatur 37,0, 37,2.

11. 9. Temperatur 37,0, 37,6.

Vom 12. 9. ab werden die Temperaturen wieder ganz normal.

15. 9. Weiter gutes Befinden und Besserung. Patientin fühlt sich auch subjektiv leichter.

25. 9. Anhaltend gutes Befinden, fängt an, mehr aufzustehen, in den Garten zu gehen, nimmt an Gewicht zu.

3. 10. Patientin hat sich völlig erholt und wird geheilt entlassen.

Dieser von mir hier berichtete Fall gehört zu den nach eklamptischen Anfällen auftretenden Puerperalpsychosen, und zwar steht auch hier, wie wir bereits oben bei den anderen geistigen Störungen des Wochenbetts gesehen haben, die akute halluzinatorische Verwirrtheit im Vordergrund des Bildes.

Die Symptome sind auch hier dieselben wie bei den meisten sich an Eklampsie anschließenden Psychosen: motorische Unruhe und Verwirrtheit, Angst, Erregungszustände und Halluzinationen. Wir vermissen in unserem Falle das sonst oft erwähnte Symptom der Amnesie. Nachdem die Kranke den ersten Erregungszustand hinter sich hatte und wieder ruhig und geordnet war, konnte sie sich auf die Vorgänge in den ersten Tagen ihrer Erkrankung besinnen, wußte auch, daß sie in der Frauenklinik gewesen ist, und besinnt sich auch auf Einzelheiten ihrer Überführung.

Der Verwirrtheitszustand begann 2—3 Tage nach der Entbindung und hielt etwa 7 Tage hindurch an, dem sich dann am nächsten Tage ein Zustand völliger Klarheit und Besinnlichkeit anschloß und weiter geistige und körperliche Besserung bis zur völligen Heilung folgte, so daß man den Verlauf der Erkrankung als günstig bezeichnen kann.

Zu erwähnen sind noch die leichten Temperatursteigerungen bis zu 38°, die Patientin in den ersten 14 Tagen der Erkrankung hatte.

Über die Behandlung der eklamptischen Psychosen seien noch einige Worte hinzugefügt. Sobald sich bei einer eklamptischen psychische Störungen zeigen, ist sie unter allen Umständen der Anstaltsbehandlung zuzuführen, da die Kranken dauernder Aufsicht bedürfen. Bettruhe und strenge reizlose

Diät sind selbstverständlich. Warme Bäder und feuchte Packungen genügen nicht immer, um die Unruhe der Kranken zu bekämpfen, so daß man oft genötigt ist, zu Narkoticis zu greifen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit, die Überlassung des Materials und die liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Aschaffenburg, Über die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.

Fürstner, Über Schwangerschafts- und Puerperal-Psychosen. Archiv f. Psych. (1874).

Göttsche, Über Psychosen nach Eklampsie. Inaug.-Diss. Kiel 1902.

Hoppe, Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen. Archiv f. Psych. Bd. 25.

Kutzinski, Über eklamptische Psychosen. Charité-Annalen Bd. 38, Ref. Jahresbericht f. Neurol. und Psych. 1909.

Meyer, E., Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1901.

Olshausen, Beitrag zu den Puerperalpsychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. Bd. 21.

Sander, Ein Fall von posteklamptischem Irresein mit Amnesie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.

Siemerling, Nervöse und psychische Störungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (Sonderabdruck aus Handbuch der Geburtshilfe von Döderlein.)

Westerburg, Über die psychischen Störungen bei Eklampsie. Inaug.-Diss. Kiel 1909.

Weygandt, Wochenbett und Psychose. Vortrag, Münchner med. Wochenschr. 1906.

Lebenslauf.

Ich, Hans Gustav Martin Schröder, evangelischer Konfession, wurde am 14. September 1892 zu Lüneburg als Sohn des Kaufmanns Carl Schröder und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Benning geboren, besuchte das Realgymnasium meiner Heimatstadt, bestand dort das Maturitätsexamen am 1. Februar 1910, studierte in Göttingen, wo ich Juli 1912 das Physikum bestand, 5 Semester, genügte in München vom 1. Oktober 1912 bis 31. März 1913 meiner Militärpflicht, studierte weitere 2 Semester in Kiel und 1 in Berlin. Nach vollendetem 9. Semester brach der Krieg aus, und ich rückte am 2. August 1914 als Feldunterarzt ins Feld, wurde am 1. November 1916 auf 3 Monate nach Kiel zur Ablegung des Staatsexamens beurlaubt, das am 23. Januar 1917 bestanden war, kehrte dann wieder ins Feld zurück und wurde zum Assistenzarzt der Reserve befördert. Nachdem mir die Kriegszeit als praktisches Jahr angerechnet war, erhielt ich die Approbation als Arzt am 31. März 1917.